

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, 1873 King Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok, 10330, Thailand – November 2017

4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis. Chapter 10: IgA nephropathy // Kidney Int Suppl. – 2012. – Vol. 2. – P. S209– S217.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Куница Ю.Н., Конюх Е.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Клиническая картина нефротического синдрома впервые была представлена выдающимся ученым Р. Брайтом (R.Brigt), который в своих работах, начиная с 1827 года, описал у больных водянку (отеки), «коагулирующую» мочу (протеинурию), мутность сыворотки крови (липидемию) и связал их с органическим поражением почек.

Нефротический синдром (НС) – состояние, характеризующееся отеками (периферические, полостные, степени анасарки), массивной протеинурией (выше 50 мг/кг/сутки или выше 40 мг/м²/ч), гипопроteinемией и гипоальбуминемией (с диагностической значимостью у детей менее 30-25 г/л), гиперлипидемией, рецидивирующим течением в 70-80% случаев, благоприятным прогнозом.

Частота возникновения нефротического синдрома у детей примерно 14-16 случаев на 100 000 детей. В раннем возрасте мальчики болеют в 2 раза чаще девочек, но в подростковом периоде нефротический синдром одинаково распространен среди детей обоего пола. Для верификации диагноза проводится нефробиопсия. При морфологическом исследовании почечной ткани в 90% случаев диагностируется болезнь минимальных изменений (НСМИ), до 18% составляет фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС) [1, 2]. Согласно рекомендациям

International Study of Kidney Disease in Children (ISKDC), Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Nephrologie (APN) и Российской школы педиатров-нефрологов диагноз НСМИ ставится у детей 1-14 лет на основании клиники чистого нефротического синдрома, сохранной функции почек, гормоночувствительности, не прибегая к биопсии.

Цель исследования: дать клинико-эпидемиологическую характеристику нефротического синдрома у детей Гродненской области.

Объект и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента детей, поступивших в 5-е соматическое отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с диагнозом «нефротический синдром» за период 2015-2016 гг.

Результаты и их обсуждение. За двухлетний период обследование и лечение в стационаре прошли 34 пациента с НС в возрасте от 1,5 до 15,5 лет (средний возраст 6,64 (3,56-10,0) лет). Мальчики составили 64,7%, девочки – 35,3%. Впервые диагноз был установлен у 7 детей (возраст пациентов на момент манифестации заболевания – от 1,8 до 8 лет), 18 – поступили в стационар повторно с рецидивом НС, в плановом порядке – 9 человек.

Этиологическими факторами манифестации и обострения заболевания в 61,8% случаев явилась пищевая аллергия, в 23,5% – ОРИ. Среди сопутствующих заболеваний диагностированы: хронический тонзиллит (29,4%), анемия легкой и средней степени (5,8%), острый гастрит (2,9%), бронхиальная астма (2,9%), гипоплазия щитовидной железы (5,8%), малые аномалии сердца выявлены в 35,3% случаев. У 1 пациента НС развился на фоне ДЦП.

Частота отечного синдрома была следующей: пастозность наблюдалась у 20,6% детей, полостные отеки у 38,2% пациентов, без отеков поступили 41,2% детей. Госпитализация в стационар осуществлялась в период от 1 до 9 дней от начала появления отечного синдрома.

У всех пациентов с острым течением заболевания отмечалась гипопроотеинемия (44 (41-52) г/л), гипоальбуминемия

(22,2 (18,1-33,3) г/л), гиперхолестеринемия (8,7 (7,3-11,1) ммоль/л), гипокальциемия (2,06 (1,99-2,26) ммоль/л). У пациентов, поступающих в плановом порядке, данные аналогичных показателей не выходили за пределы референтных значений. Уровень протеинурии в период обострения составил 52,1 (179-368) мг/кг/сут, в период ремиссии – 1,3 (0-2,8) мг/кг/сут. При анализе лабораторных показателей уровня мочевины и креатинина сыворотки крови в период обострения заболевания статистически значимых изменений не выявлено (4,5 (3,8-5,7) ммоль/л и 42 (37-54) мкмоль/л, соответственно). У 2 детей (5,8%) отмечалось нарушение азотвыделительной функции почек острого периода (в анамнезе – присоединение артериальной гипертензии у одного пациента, у второго – гематурии), у 2,9% – нарушение концентрационной функции, у 2,9% – нарушение парциальных функций почек.

Все дети с клинико-лабораторной симптоматикой НС с патогенетической целью получали преднизолон в дозе 2 мг/кг/сут. Длительность терапии составляла от 11 до 36 дней (в среднем около 4-х недель – у 86,7% пациентов). Перевод на альтернирующую схему терапии преднизолоном осуществлялся при нормализации показателей ОАК и уровня суточной протеинурии. Максимальная длительность патогенетической терапии в полной дозе, по нашим данным, составила 48 дней у пациента с пищевой сенсibilизацией, который на фоне лечения перенес ОРИ. При анализе медицинских карт пациентов, у которых длительность преднизолонотерапии составляла более 4-х недель, установлено, что во время лечения 67,6% детей перенесли ОРИ.

С нефропротективной целью 58,8% детей получали эналаприл в дозе 0,005-0,01 мг/кг под контролем АД. В качестве антикоагулянтной терапии применяли гепарин (35,3% пациентов), вводили подкожно в дозе 200 ЕД/кг/сут. С целью коррекции гипоальбуминемии использовали 10% раствор альбумина из расчета 10 мл/кг/сут.

В ряде случаев терапия НС не дает положительный результат, заболевание рецидивирует, клинико-лабораторная картина характеризуется появлением симптомов, несвойственных для чистого нефротического синдрома. В таких ситуациях в

диагностике и решении вопроса об изменении терапии помогает морфологическое исследование почечной ткани. В Беларуси нефробиопсия с патоморфологической диагностикой проводится в Центре детской нефрологии и заместительной почечной терапии г. Минска.

Проведенный анализ показал, что у 1 ребенка (возраст 15,8 лет) к клинико-лабораторной симптоматике НС присоединилась артериальная гипертензия, при морфологическом исследовании – фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС). У мальчика в возрасте 11,6 лет клинически – НС с гематурией и гипертензией, морфологически – ФСГС. У девочки, к 8-летнему возрасту у которой отмечалось ежегодно 4 рецидива заболевания с выраженным отеочным синдромом, диагностирован ФСГС. 10-летнему мальчику, в течение 3-х лет имевшему 4 рецидива, диагностирован НСМИ.

Дважды в стационар был госпитализирован 5-летний мальчик с НС и гематурией с отягощенным наследственным анамнезом: у мамы в возрасте 14 лет диагностирован ФСГС, у сестры – гематурия. На фоне терапии у ребенка отмечалась положительная динамика. Нефробиопсия не проводилась.

За анализируемый период дважды госпитализирована в стационар девочка (возраст 3,3 года) с тяжелой степенью ДЦП, у которой на фоне НС с длительной тяжелой, плохо корригируемой гипоальбуминемией развилась артериальная гипертензия. Ребенок был переведен в Центр детской нефрологии и заместительной почечной терапии. На фоне терапии преднизолоном и циклоспорином А состояние стабилизировалось. Нефробиопсия не проводилась. В настоящее время девочка получает цитостатическую терапию.

Таким образом, манифестация заболевания НС у детей отмечается в возрасте от 1,5 до 8 лет, в 2 раза чаще у мальчиков. Основным провоцирующим фактором развития заболевания является пищевая сенсibilизация. В ряде случаев отмечается поздняя обращаемость за медицинской помощью – более недели от момента появления отеочного синдрома. Преднизолонотерапия в дозе 2 мг/кг/сут у большинства пациентов приводит к нормализации клинико-лабораторных показателей в течение 4-х

недель. У 7% пациентов при нефробиопсии определяются морфологические признаки фокально-сегментарного гломерулосклероза.

Список литературы:

1. Результаты эпидемиологического исследования нефротического синдрома у детей по данным регионального регистра больных / Т. Л. Настаушева [и др.] // Нефрология и диализ. – 2010. – Т. 12. № 2. – С. 90–95.
2. Time trends and ethnic patterns of childhood nephrotic syndrome in Yorkshire UK / P. A. McKinney [et al.] // Pediatric Nephrology. – 2001. – Vol. 16. – P. 1040–1044.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Адамович В.А., Конюх Е.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. Хроническая почечная недостаточность – симптомокомплекс, вызванный необратимой гибелью нефронов при первичных или вторичных хронических заболеваниях почек, характеризуется повышением креатинина выше 2 мг% (0,17 ммоль/л) и мочевины выше 50 мг% (7 ммоль/л) в течение более 6 мес [1]. В 2002 году были опубликованы клинические практические рекомендации K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative – группа экспертов, известная как Инициатива Качества Исходов Почечных болезней и созданная американским Национальным почечным фондом) по хроническим болезням почек (ХБП), в соответствии с которыми заболевание почек следует считать хроническим, если его признаки прослеживаются в течение 3 и более месяцев [4]. К сожалению, предложенную классификацию, основанную на скорости клубочковой фильтрации (СКФ), нельзя использовать у детей до 2 лет. В современной нефрологии хроническую почечную